

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1913

THÈSE

208

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

SUR UN CAS

DE

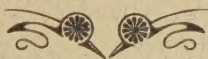
HÉMATÔMES SPONTANÉS

Chez une Tabétique

PAR

Joseph FISCHER

Président : M. GILBERT, Professeur



PARIS

Alfred LECLERC, Editeur

19, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 19

1913

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1913

THÈSE

208

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

SUR UN CAS

DE

HÉMATÔMES SPONTANÉS

Chez une Tabétique

PAR

Joseph FISCHER

Président : M. GILBERT, Professeur



PARIS

Alfred LECLERC, Editeur
19, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 19

1913

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M. D. LANDOUZY
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	NICOLAS
Physiologie.....	CH. RICHEL
Physique médicale.....	WEISS
Chimie organique et chimie générale.....	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générale.....	ACHARD
Pathologie médicale.....	WIDAL
Pathologie chirurgicale.....	TEISSIER
Anatomie pathologique.....	LEJARS
Histologie.....	PIERRE MARIE
Opérations et appareils.....	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.....	HARTMANN
Thérapeutique.....	POUCHET
Hygiène.....	MARFAN
Médecine légale.....	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.....	LETULLE
Clinique médicale.....	ROGER
Maladies des enfants.....	DEBOVE
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	LANDOUZY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GILBERT
Clinique des maladies du système nerveux.....	CHAUFFARD
Clinique chirurgicale.....	HUTINEL
Clinique ophtalmologique.....	GILBERT BALLE
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GAUCHER
Clinique d'accouchement.....	DEJERINE
Clinique gynécologique.....	PIERRE DELBET
Clinique chirurgicale infantile.....	QUENU
Clinique thérapeutique.....	RECLUS
	N.
	DE LAPERSONNE
	LEGUEU
	BAR
	PINARD
	RIBEMONT DES
	SAIGNES
	POZZI
	KIRMISSON
	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
BALTHAZAR	DUVAL PIERRE	LEQUEUX	RATHERY
BERNARD	GOUGEROT	LERI	RETTERER
BRANCA	GREGOIRE	LCEPER	RICHAUD
BRINDEAU	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BROCA ANDRÉ	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRUMPT	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CAMUS	JOUSSET ANDRÉ	MULON	SICARD
CARNOT	LABBE MARCEL	NICLOUX	TERRIEN
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CHEVASSU	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
CLAUDE	LECENE	OMBREDANNE	
COUVELAIRE	LENORMANT	PROUST	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GILBERT

Professeur de Clinique Médicale

Médecin à l'Hôtel-Dieu

Membre de l'Académie de Médecine

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

M. LE PROFESSEUR GILBERT, Professeur de clinique médicale, médecin de l'Hôtel-Dieu, Membre de l'Académie de Médecine.

M. LE PROFESSEUR RECLUS, Professeur de Clinique chirurgicale, chirurgien à l'Hôtel-Dieu.

M. LE PROFESSEUR BAR, Professeur de Clinique d'accouchement.

M. LE PROFESSEUR LEJARS, chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine.

M. LE PROFESSEUR LETULLE, Membre de l'Académie de Médecine.

M. LE DOCTEUR AUG. BROCA.

Introduction

« Les troubles vasculaires et nutritifs qui surviennent parfois à la suite des crises douloureuses fulgurantes chez les ataxiques sont aujourd'hui des faits de notion vulgaire », dit M. Straus dans son article sur les « ecchymoses tabétiques », et après avoir cité l'opinion de M. Charcot et de M. Vulpian sur ce point, M. Straus dit : « Ces éruptions et ces troubles vasculaires de la peau affectent, avec les douleurs fulgurantes, une connexion évidente ; ils constituent du reste, ainsi que le font remarquer les auteurs que nous venons de citer, un épiphénomène rare dans le cours de l'ataxie locomotrice. »

« Il n'en est plus de même d'un autre phénomène de nature vasculaire, que je crois être le premier à signaler, et dont l'existence, sans être la règle, est assez commune dans le tabès, à en juger du moins par le nombre de faits relativement considérable que j'ai pu observer depuis le peu de temps que mon attention a été dirigée sur ce point : je veux parler de l'apparition de *taches ecchymotiques* sur la peau

des membres, à la suite de crises violentes de douleurs fulgurantes. »

Ce mémoire que nous venons de citer et auquel nous aurons encore recours dans notre travail, est resté classique et actuellement on ne peut parler d'hémorragie spontanée chez les tabétiques sans avoir consulté ce travail magistral. Mais nous nous permettrons de remarquer que malgré nos recherches bibliographiques minutieuses, nous n'avons pas trouvé beaucoup de cas relatés d'ecchymoses spontanées chez des tabétiques et nous croyons que ce « phénomène de nature vasculaire » n'est pas si fréquent au cours du tabès comme le supposait M. Straus. Et dans toute la littérature médicale dont nous avons consciencieusement scruté la bibliographie, nous n'avons pas trouvé un seul cas d'hématômes spontanés chez des tabétiques semblable au cas que nous avons observé dans le service de notre Maître, M. le Professeur Gilbert, et que nous nous proposons de relater dans ce travail.

Nous tenons à remercier ici notre Maître, M. le Docteur Herscher qui a bien voulu nous inspirer le sujet de cette thèse.

Nous remercions également notre camarade Bravarsky pour sa collaboration dévouée.

Historique

Nous ne pouvons pas faire l'historique des hématomas spontanés dans le tabès, puisque, comme nous l'avons dit, c'est le premier cas que nous observons et dans la littérature médicale nous n'avons pas trouvé d'autres cas relatés. Nous croyons pourtant intéressant de donner ici un court aperçu historique sur les troubles vaso-moteurs en général, qu'on a vu survenir au cours de tabès. Nous nous permettons de puiser largement dans l'article de M. le Professeur Rauzier sur les « hématoméses tabétiques » paru dans *la Province Médicale* de 1912.

« La constatation de troubles vaso-moteurs ou sécrétoires dans le tabès est d'ailleurs chose fréquente : Buzzard a observé dans cette maladie des œdèmes; Charcot de l'urticaire, d'autres enfin, du dermographisme. Diverses hypersécrétions de liquide séreux ont été signalées, en particulier la sialorrhée, la gastrorrhée l'enterorrhée et l'épiphora.

« Des hémorragies autres que l'hématémèse ont été maintes fois enregistrées chez les tabétiques.

Charcot et Strauss (Archives de Neurologie 1880-1881), Leloir et Portalier (Th. de Paris 1882 et 1884) ont vu survenir des ecchymoses à la suite de douleurs fulgurantes ; Faisans a consacré sa thèse (1882) au *purpura myeclopathique* ; Joffroy, Pitres et Raymond ont noté des ecchymoses sous-unguéales précédant la chute des ongles. Busch cité par Debève dans sa thèse, « a vu éclore sous la muqueuse buccale d'une de ses malades, au moment des crises douloureuses des bulles sanguinolantes qui, incisées, s'affaissaient, donnant issu à du sang de couleur foncé ». Merklen et Heitz (Bul. Soc. méd. Hop. 1902) ont décrit un *œdème hémorragique aigu de la face* ; Brissaud un *œdème hémorragique préarthropathique* ; Raynaud, Oulmont (*Gaz. méd. de Paris*, 1881) puis Raymond ont signalé des crises uréthrales douloureuses accompagnées d'*hématuries* pour l'interprétation desquelles l'autopsie ne parvint pas à relever la moindre lésion vasculaire. Straus, Féré Devic ont observé des enterorragies dont Lerat (Th. de Paris, 1891) signale la coïncidence avec des crises rectales douloureuses, Mme Weyncop (Th. de Paris, 1905) dans un cas a vu le melœna persister pendant cinquante-cinq jours. Enfin l'existence d'*hémoptysies* liées à des crises thoraciques a été affirmée par Féréol, Hallopeau et Lerat. »

Enfin, complétons cet historique en citant le cas de « gangrène spontanée des orteils chez un tabétique », relaté par Pitres, le cas de « larmes san-

glantes » au cours de tabès de Coopman et la communication faite par MM. Sainton et Ferrand sur un cas de « varicosités généralisées et symétriques chez une tabétique. »

OBSERVATION I.

(PERSONNELLE)

*(Recueillie dans le Service de M. le Professeur GILBERT,
à l'Hôtel-Dieu de Paris).*

Ataxie locomotrice depuis 10 ans. — Crises gastriques, douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs. Hématômes spontanés consécutifs à ces douleurs.

N..., femme G..., âgée de 44 ans, entre à l'hôpital parce qu'elle souffre de ses membres inférieurs et ne peut pas marcher. Dans ses antécédents personnels et héréditaires, on ne trouve pas grand chose, sa mère est morte à 76 ans, son père est mort des blessures à la suite d'un accident. Rien à noter du côté de ses antécédents collatéraux. Dans ses antécédents personnels on trouve une rougeole à 3 ans et des bronchites répétées à partir de 15 ans. Depuis 1899, la malade avait une liaison qui dura jusqu'à son mariage avec un autre, en 1902; son ami avait plusieurs blennorrhagies mais, dit la malade, il n'était pas syphilitique (son ami étant étudiant en médecine la malade avait la faculté de lire ses livres de médecine et de « savoir ce qu'est la syphilis »). Elle n'avait jamais remarqué de boutons ni chez elle ni chez son ami et dit n'avoir jamais eu aucune manifestation, ni accident d'origine syphilitique.

Au cours de ces trois années, la malade a fait trois fausses-couches de 2 mois. Mais ces fausses-couches, affirme la malade, n'étaient pas spontanées, mais elle les a provoquées elle-même.

En 1902, la malade se marie. *Quelques mois après*, la malade est prise d'une crise gastrique violente, avec vomissements abondants d'un liquide aqueux, avec diarrhée et douleurs contractives, ardentes au creux épigastrique, douleurs en ceinture

serrant la malade comme dans un étau. En même temps la malade ressent des douleurs lancinantes dans les membres inférieurs. Cette crise dura douze jours durant lesquels la malade dut garder le lit et *calmer* les douleurs par des piqûres de morphine (1).

Cette première crise passée, la malade reste au lit encore une vingtaine de jours, puis reprend son travail. Tous les ans, pendant 4 ans, la malade avait une crise pareille, qui durait de 10 à 15 jours et, après quelques jours de repos la malade rétablie, reprenait son travail. Puis les crises devenaient plus fréquentes, d'abord plusieurs fois dans le courant de l'année, puis tous les mois, obligeant la malade de garder le lit constamment. Enfin ne pouvant plus se soigner chez elle et s'apercevant « qu'elle ne pouvait plus tenir debout », elle se décide à entrer à l'hôpital où elle est depuis un an.

A l'examen de cette malade on constate qu'elle présente tous les symptômes du tabès, sur lesquels nous croyons inutile d'insister.

12 juillet 1911. — Dans la nuit du 11 au 12 juillet la malade a ressenti des douleurs fulgurantes et lancinantes, des fourmillements au niveau de la jambe droite, en partant des orteils jusqu'au genou. Les douleurs étaient d'une intensité peu ordinaire. La malade dit n'avoir rien aperçu sur sa jambe qu'elle a regardée. Le matin du 12, la malade s'aperçoit que sa jambe droite a démesurément grossi. Elle y attire l'attention de M. le professeur Gilbert pendant sa visite. La jambe droite présente un œdème diffus, dur, ne gardant que difficilement l'empreinte du doigt, en tout semblable à l'œdème de la phlébite. Cet œdème était accompagné de fourmillements et de douleurs lancinantes dans le membre atteint.

L'œdème a régressé au bout de trois jours et on arrive alors à délimiter une tumeur rénitente, puis fluctuante, de la gros-

(1) La malade raconte qu'elle préparait elle-même la solution dont elle se servait pour se piquer elle-même à la morphine. Avec l'ordonnance du médecin, elle se procurait 5 grammes de morphine (« c'était des petits cubes blancs ») qu'elle dissolvait dans 125 grammes d'eau. Cette solution lui suffisait, d'habitude, pour un mois en se faisant 2-4-6 piqûres par jour avec une seringue de Pravaz d'un cc. *C'est depuis que la malade est devenue morphinomane.*

seur d'un poing, siégeant sur la face antéro-interne de la jambe. Cette tumeur, mobile sur les plans profonds de la région n'était douloureuse ni spontanément ni à la pression. Quelques jours après on constate que la tumeur diminue de volume avec la régression de l'œdème et, en même temps on remarque l'apparition d'une *ecchymose* siégeant sur l'endroit même de la tumeur. Cette ecchymose, de coloration rouge sombre, disparaît en quelques jours en passant par toute la gamme de coloration des ecchymoses en voie de résorption.

La tumeur, à son tour, diminue de volume peu à peu et au bout d'un mois, disparaît complètement sans laisser de traces.

15 août. — Après une crise de douleurs fulgurantes, la malade voit de nouveau apparaître l'œdème, lequel cette fois, est localisé à la cuisse droite, à partir du genou et remontant jusqu'à la région fessière. La tuméfaction de la cuisse était considérable et elle présente le volume de deux cuisses réunies.

L'œdème présente les mêmes caractères que la première fois : œdème dur, diffus, ne gardant pas l'empreinte du doigt. Cette fois l'œdème persiste plus longtemps et c'est seulement au bout de 10 jours qu'on a pu constater deux larges ecchymoses siégeant, l'une sur la face externe du tiers supérieur de la cuisse et une autre moins étendue sur la face antero-interne du tiers inférieur de la même cuisse.

À l'endroit même de l'ecchymose supérieure on trouve une énorme tuméfaction du volume de deux poings réunis, rénitante d'abord, puis deux jours plus tard elle est devenue fluctuante.

Au bout de huit jours l'ecchymose se résorbe et disparaît et, en même temps la tumeur diminue de volume et persiste encore pendant quelques mois sous la forme d'un petit noyau dur, consistant.

Quant à l'ecchymose de la partie inférieure de la cuisse, elle a disparu au bout de trois jours sans qu'on ait pu constater la présence d'une tumeur à cet endroit.

20 Septembre. — Une nouvelle tuméfaction apparaît à la cuisse droite, remontant jusqu'à la crête iliaque. Cette fois, l'œdème était accompagné d'une forte crise de gastralgie avec de fréquents et abondants vomissements. Quand l'œdème a un

peu diminué, on constate la présence d'une tumeur fluctuante, siégeant au-dessous de la crête iliaque dans la région fessière. La tumeur n'était pas accompagnée, ni suivie d'ecchymoses. Son évolution est en tout semblable à celle de la première crise et elle disparaît au bout d'une quinzaine de jours sans laisser de traces appréciables.

Octobre. — A la fin du mois d'Octobre, apparaît de nouveau une tuméfaction de la cuisse droite intéressant même la région fessière. Une tumeur apparaît dans le pli de l'aîne droit, de volume d'un poing, et accompagnée d'une large ecchymose de coloration violette. Cette tumeur diminue de volume mais reste pendant longtemps grosse comme un œuf de pigeon.

15 *Décembre* 1911. — Une tuméfaction apparaît siégeant cette fois sur la *cuisse gauche*, mais en tous points semblable à la première, apparue le 12 juillet sur la jambe droite.

Janvier 1912. — Après une crise de douleurs fulgurantes l'œdème apparaît dans la région fessière droite, avec ecchymose et, quelques jours après, tumeur dans la même région, qui persiste assez longtemps.

Mars. — Enfin, pour la dernière fois l'œdème apparaît à droite avec ecchymose et tumeur, en somme semblable aux précédents.

De ces nombreuses crises de tumeurs spontanées, il persiste encore sur le membre droit quelques noyaux très durs siégeant sur la face antérieure et externe de la cuisse, dans le pli de l'aîne et dans la région fessière.

La disparition de ces tumeurs était accompagnée d'une augmentation thermique ne dépassant toutefois pas 39°4 et sans aucuns phénomènes généraux. C'était une hyperthermie simple, de résorption.

Le traitement de ces tumeurs consistait en application de pansements humides sur la région tuméfiée.

Toutes ces crises d'œdème ont été précédées de douleurs fulgurantes et présentaient à peu de choses près les mêmes caractères. Sur les sept crises, six fois nous avons observé après diminution de l'œdème, la présence de tumeurs de volume différent qui présentaient les caractères suivants : De volume plus ou moins grand, ces tumeurs faisaient saillie à la surface de la

peau qui une fois avait conservé ses caractères normaux, mais les autres fois elle était couverte d'ecchymoses, prenant la couleur violacée, bleuâtre ou jaunâtre. Pas une fois la peau ne présentait les caractères d'inflammation.

A la palpation, on constate que la région surélevée présente une température normale par comparaison avec le côté sain. D'abord rénitantes, ces tumeurs devenaient fluctuantes quelques jours après leur apparition. Plusieurs fois nous sommes arrivé à obtenir la *crépitation neigeuse*, signe considéré comme pathognomonique des épanchements sanguins.

Ces tumeurs n'ont pas été ponctionnées, mais se basant sur l'apparition des ecchymoses — signe de résorption sanguine — et sur les caractères physiques de ces tumeurs, on porte le diagnostic de *hématomes* apparus *spontanément à la suite de crises fulgurantes tabétiques*.

Depuis quelques mois, la malade présente tous les signes d'arthropathie tabétique dans son membre inférieur droit qui a été le plus éprouvé par l'œdème et les hématomes spontanés.

La réaction de ¹Wasserman faite sur le sérum sanguin, a été nettement *positive*.

Cette observation est intéressante par bien des points. Mais nous ne voulons en retenir que deux. Cette ataxique est en même temps une syphilitique, comme le démontre la réaction de Wassermann qui est *positive*. Il est vrai que la malade nie catégoriquement tout accident spécifique, mais il y a tout lieu de croire que derrière le gonocoque de son premier ami, l'étudiant, qui attirait surtout leur attention, se cachait le tréponème, lequel a très bien et facilement pu passer inaperçu. Et cela va très bien avec l'opinion et la confirme, qui a tendance à prévaloir actuellement et d'après laquelle le tabès — maladie syphilitique — surviendrait dans les cas de

syphilis relativement bénigne et mal ou non traitée. Dans un article sur « le rôle de la syphilis dans l'étiologie du tabès dorsalis », MM. Spillman et Perrin se basant sur 105 cas de tabétiques observés par eux, écrivent : « Dans aucun cas nous n'avons trouvé la notion d'une syphilis grave, rebelle ou à manifestations vexatoires. Toutes les syphilis de nos tabétiques ont été des *syphilis bénignes ou de gravité modérée*. Aussi le traitement avait-il été *en général insuffisant, souvent même insignifiant*. »

Sur ces 105 cas, les auteurs n'ont révélé qu'un seul cas de tabès survenu après la 2^e année de la syphilis et ils concluent que « l'intervalle qui s'écoule entre l'accident primitif et les premiers symptômes apparents du tabès dorsalis est en général de six à quinze ans (Erb. Fournier). Déjerine qui admet cette règle générale signale un cas ayant débuté quatre ans et un autre trente-huit ans après l'infection. »

Or, chez notre malade, les premiers symptômes de l'ataxie se sont montrés au courant de la troisième année de l'infection passée inaperçue, fait qui est rare et qui par cette rareté même mérite l'attention.

Le deuxième fait et le plus important, et qui nous sert de sujet à cette thèse, est l'apparition des tumeurs que nous avons diagnostiquées « hématômes » survenant à la suite de crises fulgurantes. Comme nous l'avons dit, malgré nos recherches bibliographiques nous n'avons trouvé nulle part relaté un cas qui ressemblât tout à fait au nôtre. Mais nous avons trouvé relatés des cas d'autres troubles vascu-

laïres survenant au cours du tabès et dus probablement aux mêmes causes. Nous allons donner les résumés des observations lesquelles, croyons-nous, pourraient nous guider dans la discussion de la pathogénie de ces troubles. Nous tenons à donner ici la copie presque complète des observations de M. Straus qui sont classiques et donnent une idée claire et une description aussi nette qu'exacte des « ecchymoses tabétiques » qui se sont montrées également chez notre malade mais sur la description desquelles nous n'avons pas assez insisté.

OBSERVATION II

STRAUS. — (*Résumée*)

Homme de 34 ans. Ataxie locomotrice datant de six ans. Violentes douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs. Incoordination motrice datant de 2 ans. Depuis quatre mois, douleurs fulgurantes aux extrémités supérieures et douleurs contractives à la base du thorax. Apparition d'ecchymoses sur la peau des membres inférieurs et supérieurs à la suite de fortes crises fulgurantes.

Le 8 mars, pour la première fois, on constate au niveau de la rotule et de la face externe du tibia, du côté gauche, *la présence d'ecchymoses verdâtres ressemblant absolument à celles qui proviendraient d'un coup*. On pensa qu'elles étaient le résultat des percussions trop énergiques faites dans le but d'explorer le réflexe patellaire. Mais le malade déclare que ces ecchymoses n'existent que depuis 24 heures, qu'elles n'ont rien à faire avec le traumatisme et que leur apparition coïncide avec une crise de douleurs fulgurantes des extrémités inférieures qui s'est produite dans la nuit du 7 au 8 mars. Il dit avoir souvent obser-

vé ces taches en pareil cas. Elles dureraient trois à cinq jours plus ou moins longtemps suivant leur étendue qui ne dépasse guère celle d'une pièce de cinq francs, et suivant l'intensité de leur coloration. Ces taches se produiraient toujours après les grandes crises douloureuses nocturnes et auraient commencé à se montrer précisément à l'époque où les douleurs sont devenues violentes et de longue durée, comme elles le sont encore aujourd'hui.

Le malade dit être certain de ne jamais s'être cogné, de n'avoir jamais fait de chute, ni reçu de coups avant la production de ces taches. Ces taches sont généralement situées, dit-il, au-dessus des points particulièrement douloureux, à une distance variant de dix à quinze cent. ; elles sont d'abord d'un rouge vineux, sans élevures ni saillies, sans douleurs spontanées, ni à la pression. elles deviennent ensuite verdâtres et jaunâtres, puis disparaissent complètement après une durée maximum de cinq à six jours. Le malade a constaté ce phénomène une vingtaine de fois, dit-il, et plusieurs fois au gras du mollet ce qui exclut toute idée de choc contre une partie osseuse située superficiellement, comme par exemple la face antérieure du tibia. Le 18 mars, toute trace des dernières ecchymoses a disparu.

20 Mars. — Le malade a vu éclore, à la suite de ses douleurs qui n'ont pas cependant le caractère fulgurant, des taches au nombre de deux, situées à la région de la patte d'oie (genou gauche). Il dit à ce propos avoir remarqué que ces taches sont *d'autant plus développées, que la douleur a été plus aiguë* et dans le cas actuel, où il a assez peu souffert, elles sont relativement pâles et peu développées, atteignant à peine le diamètre d'une pièce d'un franc.

25 Mars. — Le malade, après avoir éprouvé des douleurs constrictives le long de la portion radiale des deux bras, son attention ayant été éveillée à ce sujet et s'étant aperçu de la présence sur la partie moyenne et antérieure du bras au niveau du centre des biceps de *trois taches ecchymotiques*. L'une de ces taches, de la grandeur d'une pièce de 50 centimes, offre une teinte rouge sombre, franchement hématiche. Elle est entourée d'une zone pâle, jaune sale, indiquant déjà un certain degré d'altération du pigment sanguin. On dirait absolument un pin-

çon siégeant sur la peau. Vers le poignet existent deux ou trois taches d'un jaune plus éteint de la grandeur d'une lentille. Aucune trace d'éruption, ni de modification de la vascularisation de la peau partout ailleurs. Sur le bras gauche, à la face postérieure, en arrière de l'empreinte deltoïdienne existe également une tache ecchymotique très petite ; il en est de même à la région épicondylienne.

Interrogé, le malade nous dit que pour la première fois depuis sa maladie il a éprouvé dans les membres, jusqu'aux coudes, des douleurs non lancinantes mais constrictives (il lui semble être serré comme dans un étau). Ces douleurs, sans être permanentes, durent longtemps et procèdent par crises d'une heure environ, avec sensation d'engourdissement et de fourmillement dans les mains et dans les poignets principalement, et il lui semble, quand il soulève la main, qu'il élève un poids de plusieurs kilos. Ici donc, comme aux extrémités inférieures, les ecchymoses siègent dans le segment du membre situé au-dessus de celui où résident principalement les douleurs. Pas de troubles de la sensibilité à la peau du membre supérieur.

26 mars. — Dans la soirée du 26, douleurs violentes, lancinantes, occupant les deux jambes et les bras ainsi que les orteils et la plante des pieds. Elles ont duré jusqu'au matin du 27, légèrement améliorées par un bain sulfureux. Elles reprennent le soir au point d'empêcher le sommeil. Ces douleurs étaient extrêmement intenses, surtout aux jambes.

A deux heures, le 28, le malade aperçut sur la face antérieure de la jambe droite, le long de la crête du tibia, des taches nombreuses occupant toute la hauteur de la jambe, d'une coloration rouge pâle foncé, se rapprochant déjà, d'après le malade, des anciennes ecchymoses. Ces taches n'étaient pas franchement hématisques même au début de leur apparition.

Le malade dont l'attention est dirigée sur ce point, avait examiné ses jambes avant midi et à ce moment il n'avait pas trouvé trace de taches. Comme d'habitude leur apparition coïncide avec l'apaisement notable des douleurs. Le malade avait regardé ses jambes avec la presque certitude d'y trouver ces taches. Il a dormi cette nuit et le matin du 29 nous constatons de véritables taches ecchymotiques dont deux de la gran-

deur d'une pièce de deux francs, brun rouge au centre verdâtre à la périphérie. Au membre supérieur, où les douleurs ont été moins fortes, pas d'ecchymoses, les anciennes on disparu. Il faut noter que malgré l'existence de véritables crises gastrique accompagnant parfois les crises de douleurs thoraciques et marquées par des vomissements, le malade *n'a jamais vomé de sang*.

3 avril. Dans la journée du 2, dans la nuit et la matinée du 3, douleurs constrictives dans les bras et dans les avant bras, pas dans les extrémités inférieures. Le matin au réveil le malade nous a signalé l'apparition des taches jaunes disséminées sur la peau du bras ressemblant à des ecchymoses en train à se résorber. Il arrive, dit-il, par extraordinaire, qu'il éprouve des douleurs accusées surtout dans un membre, l'autre étant presque indemne et que les ecchymoses se montrent sur le membre non douloureux.

5 avril. — Hier matin est apparu à la partie antérieure de la région du biceps une tache rouge vineuse de la dimension d'une pièce de 10 centimes qui a pris en très peu de temps la teinte brunâtre que nous observons généralement n'ayant jamais pu assister à l'éclosion d'une de ces taches laquelle, alors, au dire du malade, serait d'un rouge franc.

1^{er} novembre. — Depuis trois mois environ, le caractère des douleurs que ressent le malade s'est tout à fait modifié. Les douleurs fulgurantes dans les membres sont bien plus rares et moins fortes; on constate encore, lors de leur production, l'existence de quelques taches pâles et peu étendues. Il souffre principalement de douleurs constrictives à la base du thorax.

OBSERVATION III

STRAUS. — (Résumé)

D... Alexandre, 40 ans, voiturier, entre à l'hôpital le 26 juillet 1880. Ataxie locomotrice ancienne. Attaques épileptiformes. Taches ecchymotiques sur les membres inférieurs à la suite des crises fulgurantes.

30 juillet. — On constate sur les deux jambes des taches jaunâtres évidemment hématiques et ressemblant à une ecchy-

mose en voie de régression. Une de ces taches occupe la face interne du tibia du côté droit, à cinq travées de doigt au dessous de l'interligne articulaire du genou ; elle a environ cinq centimètres de long sur un centimètre et demi de large. Un peu au dessous existe une tache plus petite.

Du côté gauche une tache semblable, du volume d'une pièce de un franc occupe la face externe de la jambe à un travers de main au-dessous du genou. Enfin, une autre tache occupe le gras du mollet non loin du creux poplité.

Le malade assure avoir eu souvent des taches semblables. Elles seraient de couleur brun-rougeâtre au début et prendraient la teinte jaune verdâtre ultérieurement. Ces taches sont intimement liées aux douleurs que le malade éprouve dans les jambes. Elles suivent ces douleurs, ou du moins le malade n'en a jamais remarqué avant d'avoir eu des douleurs fulgurantes. Les taches apparaissent au-dessous du point qui a été le siège principal de la douleur : ainsi quand celle-ci siège au tiers inférieur de la jambe, c'est dans le tiers supérieur que surviennent les taches.

3 août. — Le malade a eu des douleurs ténébrantes dans le cou-de pied toute la nuit. Ce matin il s'est aperçu de l'apparition d'une tache brunâtre, vers le milieu du mollet droit. Cette tache a entièrement disparu au moment où nous examinons le malade.

OBSERVATION IV

De M. STRAUS, communiquée par M. Hallopeau. (*Résumé*)

Van M..., 51 ans, ébéniste. Entré à l'hôpital le 6 janvier 1880. Attaxie locomotrice datant de 10 ans Ecchymose sur les membres inférieures à la suite de crises de douleurs fulgurantes.

Souvent, le lendemain de l'attaque, le malade aperçoit sur les cuisses, surtout à droite, des taches, des plaques comme produites par une pression forte et prolongée, ou par des coups. Jamais il n'en a vu sur les jambes où, d'ailleurs il n'a jamais senti de douleurs acérées.

Le malade n'aperçoit la tache que le lendemain des crises, mais il reconnaît n'avoir jamais porté son attention sur le mo-

ment précis de leurs apparitions. Leur étendue est variable. Les unes ont la largeur d'une pièce de deux francs, les autres d'une pièce de cinq francs, d'autres d'une étendue intermédiaire.

Leur forme est elliptique ou ovale. Elles ne font pas saillie au-dessus de la peau, elle ne sont pas douloureuses. Leur apparition coïncide avec la disparition absolue de douleurs fulgurantes. Elles sont multiples et irrégulièrement disséminées sur la surface de la cuisse. Leur coloration est d'abord rouge, puis devient bleuâtre, violacée, jaunâtre. Après ces transformations successives elles disparaissent au bout de deux, trois ou quatre jours sans laisser de traces.

Au membre supérieur la douleur est comparée par le malade à une cassure, à l'écrasement, à la constriction du bras. Jamais il n'y a vu de taches non plus qu'à l'épigastre où les douleurs sont comparées par lui à l'impression d'une boule de feu remontant du-bas ventre vers la gorge sur la ligne médiane. *Il vomit une fois, il y a deux ans, pendant une crise gastrique une écuelle de sang pur.*

OBSERVATION V

(Résumée) de M. STRAUS

M. L., 51 ans, commerçant. Ataxie depuis 18 ans. Violentes crises fulgurantes dans les membres inférieurs, douleurs contractives en ceinture, crises gastriques et rectales.

Le malade éprouve parfois la sensation d'un fer rouge pénétrant dans le rectum. Pendant quatre ans ces crises douloureuses rectales s'accompagnèrent d'hémorragies abondantes par l'anüs.

Le malade déclare qu'au début de la maladie, pendant six ans, à la suite de violentes douleurs il voyait, habituellement apparaître sur ses jambes des taches ecchymotiques.

« A l'âge de 35 ans (deux ans après le début de la maladie), raconte le malade, je remarquai qu'à la suite de violentes douleurs, d'une durée variant de douze, dix-huit ou vingt-quatre heures, réparties dans les jambes et à l'endroit où je sentais des

pulsations et où j'éprouvais la sensation de fortes pinçures avec tenaillement, il restait après les douleurs passées une plaque de couleur jaunâtre foncée de la dimension d'une pièce d'un franc. Cela se produisait sur les parties charnues, soit aux mollets, soit aux cuisses, et disparaissait au bout de quelques jours. J'ai remarqué cela pendant une dizaine d'années ; depuis cinq à six ans, ces taches ne reparaissent plus ».

OBSERVATION VI

Communiquée à M. STRAUS par M. HANOT (résumée)

B... Jules, 52 ans, employé, ataxie depuis 15 ans.

A la suite de crises fulgurantes le matin, au réveil, le malade a observé à plusieurs reprises la présence de taches apparaissant spontanément dans le voisinage de l'endroit où les douleurs étaient les plus vives ; ces taches, rouge sombre d'abord, devenaient vertes, puis jaunes et disparaissaient au bout de quelques jours.

OBSERVATION VII

Recueillie par M. RENDU (résumée) STRAUS

Ernest M..., 37 ans. Chancre à 19 ans, symptômes d'ataxie depuis deux ans. Douleurs fulgurantes et crises gastriques. Ecchymoses à la suite des douleurs fulgurantes.

Les douleurs fulgurantes revenaient chez ce malade tous les deux ou trois jours et elles occupaient de préférence les cuisses, les jambes et les genoux, bien que parfois elles étendissent dans leurs irradiations vers le membre supérieur et jusqu'aux doigts. Elles revenaient presque toujours la nuit et empêchaient complètement le sommeil.

Or, plusieurs fois, à la visite du matin, nous avons constaté sur la jambe droite et au genou gauche de petites taches jaunâtres de la grandeur d'un pois ou d'une noisette présentant des limites effacées, ne disparaissant pas sous la pression du

doigt, offrant, en un mot, tous les caractères d'une ecchymose datant de quelques jours et commençant à pâlir. Ces taches duraient trois à quatre jours en moyenne. Nous nous sommes demandé d'abord si elles ne pouvaient être le résultat de coups, le malade étant maladroit dans sa démarche et se heurtant fréquemment, mais à côté de ces petites taches se distinguaient parfaitement de véritables ecchymoses traumatiques qui n'avaient ni la forme, ni les dimensions des autres, qui correspondaient toujours au tibia où à la rotule et qui à la pression étaient le siège d'une certaine douleur. Au contraire, jamais ces petites taches jaunâtres n'éveillaient à la pression la moindre sensibilité et elles siégeaient à la partie postérieure et interne des mollets, en des points où l'idée d'un traumatisme était difficilement soutenable. Le malade d'ailleurs fort intelligent affirma que ces taches survenaient spontanément, sans cause et le plus souvent à la suite de violentes douleurs fulgurantes.

Sur ce point, pourtant, nous n'osons pas être affirmatifs, n'ayant pour nous renseigner que les dires du malade. Nous avons en effet vu chez cet homme des crises de douleurs sans que les taches ecchymotiques apparaissent le lendemain ni les jours suivants. Nous devons dire également que chez lui nous n'avons jamais surpris l'ecchymose à sa phase initiale, c'est-à-dire avec teinte rouge vineuse plus ou moins accentuée; les taches étaient toujours d'emblée jaunâtres, ressemblant à du purpura pâli. Nous en avons conclu que probablement les hémorragies se faisaient assez profondément dans le derme et qu'elles ne devenaient visibles que quand la matière colorante s'est diffusée à travers les couches les plus superficielles de la peau; mais nous croyons pouvoir affirmer qu'il s'agissait bien d'hémorragies spontanées survenant en dehors de toute cause traumatique accidentelle.

Ce malade est resté en observation depuis le 1^{er} novembre jusqu'au 15 décembre. Les taches jaunâtres ecchymotiques n'ont été constatées que trois fois pendant ce laps de temps. Il est vrai que sous l'influence du traitement les douleurs fulgurantes étaient devenues beaucoup plus rares. Le 14 et le

26 novembre, il y eut cependant une crise douloureuse fort nette mais sans manifestations hémorragiques.

OBSERVATION VIII

Communication faite par MM. SAINTON et FERRAND au Congrès français de Médecine interne, Paris, 1907.

Il s'agit d'une femme de 62 ans, femme de ménage, sans antécédents héréditaires spéciaux : elle a toujours été bien portante ; vers l'âge de 20 ans, elle a eu un enfant né à terme, mais mort à 11 mois, de convulsions. Elle n'a d'ailleurs aucun souvenir d'accidents pouvant faire songer chez elle à une infection syphilitique.

Les débuts de tabès chez elle remontent à 1891 ; ils eurent lieu par des douleurs térébrantes et fulgurantes, revenant par crises durant 24 heures, et siégeant dans les extrémités des membres inférieurs. Peu après la marche devient difficile par suite de la faiblesse des membres inférieurs ; cette parésie a augmenté et condamne la malade à rester au lit. C'est elle qui l'a forcée à demander son admission à l'hôpital Beaujon.

A son entrée, la marche et la station debout sont impossibles, mais les mouvements des membres inférieurs s'exécutent dans le lit avec, il est vrai, une diminution considérable de la force musculaire ; ils sont tous incoordonnés, au point que la malade n'a aucune notion de la position de ses jambes.

Les membres supérieurs sont indemnes. Les réflexes tendineux rotuliens et achilliens sont abolis, le signe de Babinski n'existe pas, l'hypotonie est très marquée, les réflexes cutanés sont conservés. La sensibilité est relativement peu atteinte, les douleurs fulgurantes se sont atténuées et il ne persiste plus qu'une sensation de constriction thoracique en cuirasse qui empêche la malade de respirer largement. Il n'y a pas de troubles notables des diverses modes de sensibilité ; la thermoesthésie est conservée. Les pupilles sont inégales, la droite est plus petite que la gauche. Elles ne réagissent ni à la lumière ni à l'accommodation. La santé générale est bonne ; il n'y a pas de

troubles gastriques ni laryngés, la miction est un peu plus fréquente que d'ordinaire, mais il n'y a ni rétention, ni incontinence vraie. Le cœur est normal, les urines ne contiennent pas d'albumine. il n'y a pas de modification de volume du foie. Les facultés intellectuelles sont affaiblies, la mémoire est diminuée, la parole est un peu hésitante, l'interrogation provoque des crises de larmes qu'il est difficile de faire cesser.

Les troubles trophiques consistent en une atrophie massive des membres inférieurs, sans localisation spéciale. La peau est pigmentée, surtout à la face interne des cuisses. Mais lorsque l'on découvre la ma'ade entièrement, l'attention est attirée par de petites varicosités, réparties sur toute la surface du corps et dont l'aspect et la topographie méritent une description. Elles sont à fleur de peau, constituées par des veinules intriquées, ayant l'aspect et la dimension des varicosités de la face que l'on rencontre chez les sujets couperosés atteints de cirrhose de Laënnec. Leur réseau est extrêmement abondant et serré, et se détache en rouge lie de vin sur la coloration normale de la peau ; les mailles de ce réseau sont séparées par des intervalles de peau saine.

Leur topographie est particulièrement intéressante, le point qui frappe tout d'abord est leur symétrie à peu près absolue, quoiqu'elles prédominent un peu du côté gauche ; il en existe quelques-unes à la face de chaque côté des joues, mais c'est au tronc, aux membres supérieurs et inférieurs qu'elles atteignent leur complet développement.

Au tronc, elles occupent une ligne transversale limitée par le bord supérieur du mamelon et comprenant la partie inférieure des seins et la région sous-mammaire recouverte par ceux-ci.

Aux membres supérieurs les varicosités sont disposées sur le bord externe et sur le bord interne des bras et des avant-bras, suivant une ligne parallèle pour aller se terminer par quelques varicosités occupant la partie dorsale interne de la main.

Il n'existe aucune trace de varicosités sur la face antérieure de l'abdomen, mais elles sont très nombreuses dans la région fessière, s'étendant depuis le pli fessier iusqu'à la partie su-

périeure de la crête iliaque, en envoyant quelques petits prolongements sur les parties latérales de la région lombaire.

Aux membres inférieurs elles sont plus abondantes qu'aux membres supérieurs et comme sur ceux-ci, elles occupent les régions externes et internes des cuisses, des jambes et de la région dorsale du pied, formant deux bandes parallèles qui laissent entre elles, au milieu, une bande de peau indemne.

« L'intérêt de cette observation réside dans l'interprétation du lien qui réunit la présence simultanée de ces manifestations veineuses et tabès, il ne saurait, pour nous, être l'objet d'aucun doute.

Les varicosités ont apparu en même temps que les manifestations du tabès. Cet argument nous paraîtrait insuffisant si la distribution topographique des zones atteintes ne témoignait en faveur de leur origine nerveuse. Elles sont, en effet, disposées sous forme de bandes suivant l'axe des membres, et dans la région mammaire sous forme d'une zone correspondant à un territoire nerveux.

Si l'on compare leur topographie à celle de certain trajet sensitif ou de certaines zones, on voit que cette topographie se rapproche de la *topographie radiculaire*. Leur origine radiculaire paraît donc bien vraisemblable ; c'est un fait qui ne doit pas nous étonner dans une maladie telle que le tabès où les altérations des racines font partie du tableau anatomo-clinique.

Il s'agit donc d'un trouble trophique comparable à certaines éruptions zostériennes et portant sur les veinules du tissu cellulaire sous-cutané. Cette loca-

lisation n'est pas, d'ailleurs, un des points le moins curieux de cette observation, où l'origine tabétique du trouble dans la circulation veineuse ne semble point discutable. »

OBSERVATION IX

Communiquée par M. DUCHENNE (de Boulogne).

Ataxie locomotrice progressive.- Douleurs lancinantes accompagnées d'éruptions. - Troubles stomacaux et intestinaux survenant par crises.

M. X... conseiller d'Etat russe, âgé de 49 ans. Atteint depuis 1859, d'une ataxie locomotrice, qui avait débuté à la suite de la suppression d'une éruption étendue des deux membres et qui a été qualifiée d'échtyme. Les douleurs dataient de cette suppression et les symptômes d'incoordination limités encore aux membres inférieurs étaient compliqués d'une anesthésie de la peau et des muscles, plus prononcée à droite.

Je n'insisterai pas sur les phénomènes ataxiques, qui n'offrent rien de particulier, mais les douleurs lancinantes s'accompagnaient d'autres symptômes assez inusités, elles survenaient par crises d'une durée de vingt-quatre à trente-six heures, dans un point limité, comme une pièce d'un franc et ordinairement voisin d'une articulation, le plus souvent aux membres inférieurs et plus rarement au voisinage du poignet ou du coude droit. Le malade était averti de leur arrivée par un *gonflement des veines superficielles voisines* qui durait pendant la crise, et quand elle allait disparaître on voyait se produire une, ou plus rarement plusieurs petites *pustules* infiniment plus douloureuses qui persistaient ordinairement quatre à cinq jours, en montant sur le trajet de la veine gonflée...

Pathogénie et Anatomie pathologique

Quelle est la pathogénie de ces troubles vasculaires au cours du tabès ? C'est la question la plus intéressante, mais malheureusement jusqu'ici rien de précis n'a été démontré. Pour ces troubles, comme pour beaucoup d'autres survenant chez des ataxiques, des hypothèses plus ou moins scientifiques, plus ou moins vraisemblables ont été émises sans qu'on puisse dire au juste laquelle est la vraie. Les arthropathies tabétiques, les crises gastriques, les différentes hémorragies survenant à la suite des crises de douleurs fulgurantes n'ont pas été expliquées que par des théories qui toutes sont sujets à caution. Nous n'avons eu l'occasion d'observer qu'un seul cas de troubles vasculaires tabétiques et encore il nous était impossible d'en faire un examen complet, anatomo-pathologique qui seul aurait pu nous donner des indications précises sur leur cause. De façon que nous sommes obligé, à notre tour, de nous tenir aux hypothèses émises par les auteurs.

Voici ce que M. Straus dit de ces troubles vasculaires :

« C'est au moment où les douleurs s'atténuent et s'effacent que l'on voit les taches ecchymotiques apparaître... L'apparition des taches coïncide toujours avec l'apaisement des douleurs ; quelquefois elles ne se montrent que plusieurs heures après la cessation de l'accès... Ces taches sont entièrement indolores, tant spontanément qu'à la pression, différentes en cela des ecchymoses douloureuses traumatiques qui sont toujours plus ou moins douloureuses. L'étendue et l'intensité de la coloration des ecchymoses tabétiques est généralement proportionnelle à la durée et à la violence des crises douloureuses qui leur donnent naissance... Presque toujours elles occupent le membre et le segment du membre qui est le siège principal des douleurs tabétiques siégeant d'un seul côté quand les douleurs sont surtout unilatérales, des deux côtés quand elles occupent les deux membres... Les ecchymoses tabétiques siègent communément non pas sur la partie de peau correspondant au siège maximum de la douleur, mais plus haut en se rapprochant de la racine du membre... La distribution des taches ecchymotiques sur la peau n'offre aucun rapport avec le trajet des nerfs cutanés, différant en cela des éruptions tabétiques décrites par Charcot... »

Et pour expliquer ces troubles, M. Strauss écrit :
« Qu'il s'agisse, dans la production de ces taches ecchymotiques de troubles vaso-moteurs relevant

de la lésion des cordons blancs postérieurs et de la sclérose des racines postérieures de la moelle, comme les douleurs fulgurantes elles-mêmes qu'elles accompagnent, c'est ce qu'on accordera sans doute sans difficulté. Comment le travail irritatif qui porte sur les racines et les faisceaux blancs postérieurs de la moelle amène-t-il en même temps que les douleurs fulgurantes les troubles vaso-moteurs aboutissant à la production des taches ecchymotiques ? Deux hypothèses peuvent être faites à ce sujet. »

« La première hypothèse, la plus classique et la plus conforme aux faits physiologiques bien établis, consiste à voir dans ces ecchymoses le résultat de congestions vasculaires locales de nature vaso-dilatatrice active ou de nature vaso-paralytique, résultant de retentissement par voie réflexe, de l'irritation des faisceaux radiculaires postérieurs sur les nerfs vaso-moteurs qui émergent de la moelle par les racines antérieures correspondantes ou voisines. Le fait qui nous occupe rentrerait dans le cadre ordinaire des phénomènes congestifs d'ordre réflexe, comme on le voit survenir fréquemment à la suite de l'excitation douloureuse des nerfs sensitifs ou des racines postérieures de la moelle, congestion aboutissant rapidement à la diapédèse des globules rouges ou à la transudation de la matière colorante du sang et à la formation d'une tache ecchymotique.

« Une autre explication pourrait être proposée. On pourrait rattacher ces troubles vasculaires à l'irritation *directe centrifuge*, des filets vaso-moteurs

(vaso-dilatateurs) contenus dans les racines spinales *postérieures*. Pour que cette hypothèse fut valable il faudrait que la présence des filets vaso-moteurs dans les racines *postérieures* fût établie. Or, l'on sait que presque tous les physiologistes (Claude Bernard, Sthiff, Vulpian) sont d'accord pour admettre que les nerfs vaso-moteurs qui émanent de la moelle, empruntent la voie des racines antérieures. Il existe cependant des expériences de Brown-Sequart qui tendraient à faire admettre que les racines *postérieures* elles aussi renferment des filets vaso-moteurs. »

L'hypothèse attribuant à des troubles vaso-moteurs les hémorragies tabétiques est actuellement admise par la plupart des auteurs. M. Lerat, dans sa thèse sur les « Hémoptysies au cours du tabès », écrit : « C'est à un trouble vaso-moteur que seraient attribuables les hémorragies tabétiques signalées par nous. Avant toute autre explication il est bon de rappeler quel est le système qui préside directement à l'innervation des vaisseaux, on sait aujourd'hui que c'est le système du nerf grand sympathique, ce nerf de la vie végétative, qui disperse pour la plus grande part l'innervation vasculaire. Cela veut-il dire que le nerf trisplanchnique doit être nécessairement lésé pour que les phénomènes vitaux placés sous sa dépendance se trouvent perturbés ? Nullement. Autrement nous serions bien en peine le plus souvent d'expliquer les hémorragies tabétiques, puisque, ainsi que nous l'avons écrit

dans notre résumé d'anatomie pathologique de l'ataxie progressive, très rarement le sympathique est touché dans sa constitution anatomique chez les ataxiques et que ces lésions sont bien peu caractéristiques quand il s'en trouve quelqu'une ».

Après avoir donné du nerf grand sympathique la définition suivante : « Le nerf grand sympathique est un nerf périphérique. Considéré anatomiquement il prend ses racines dans l'encéphale, le bulbe et la moelle ; son tronc forme une sorte de chaîne sur le trajet de laquelle sont placés, de distance en distance des ganglions où aboutissent des *branches afférentes* (rami-communicantes) qui les mettent en communication avec les nerfs périphériques correspondants et d'où partent des *branches efférentes* qui vont se rendre aux viscères thoraciques abdominaux et pelviens ainsi que presque tous les vaisseaux. Considéré physiologiquement il puise son influx nerveux dans le système cérébro-spinal et l'accumule dans les ganglions pour le distribuer d'une façon régulière et continue ». Après avoir donné cette définition un peu longue, M. Lerat dit : « Il devient alors facile, à notre avis, de comprendre qu'une lésion ou une altération des éléments de l'axe cérébro-spinal survenant, celle-ci retentisse directement sur le grand sympathique. Ne recevant plus son influx nerveux d'une façon régulière, ses ganglions épuisent leur activité habituelle, *l'influence conservatrice temporaire de*

leurs cellules sur les propriétés contractiles des muscles (Fr. Franck). De là des modifications du tonus vasculaire général, modifications qui se révéleront surtout au niveau des petits vaisseaux, comme si le grand sympathique avait été sectionné. Ce tonus dû à l'action des nerfs vaso-constricteurs disparaissant, il se fait une vaso-dilatation. Cette vaso-dilatation résulte-t-elle seulement de la paralysie des nerfs vaso-constricteurs ou est-elle aussi due à l'intervention des nerfs vaso-dilatateurs ? Nous ne saurions nous prononcer. En tout cas cette dernière ne nous paraît pas absolument nécessaire. Ainsi que le dit M. le Professeur M. Duval (Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratique, t. XXXVIII, p. 481) « en définitive, ce sont toujours les vaso-con-
« tricteurs qui règlent l'état des vaisseaux soit par
« leur état de tonus normal, soit par un degré plus
« prononcé et réflexe de contraction, soit par une
« paralysie momentanée. Ce dernier état est la con-
« séquence de l'action exercée sur eux par les nerfs
« dits vaso-dilatateurs dont l'intervention est en
« rapport avec certains phénomènes fonctionnels
« passagers. Ces dilatations sont donc comme un
« rouage surajouté pour perfectionner le phéno-
« me vaso-constricteur essentiel, constant, en vue
« de parer rapidement à certaines nécessités fonc-
« tionnelles telles que la sécrétion ou l'érection qui
« exigent un afflux de sang considérable. »

Et d'après cette théorie de paralysie vaso-motrice

M. Lerat cherche à établir les relations existantes entre les crises fulgurantes et les hémorragies.

« *Suivant toutes les probabilités, dit Charcot, dans ses leçons sur les maladies du système nerveux, ces douleurs dépendent de l'irritation que subissent dant leur trajet intra-spinal ceux des tubes nerveux émanant des racines postérieures qui sous le nom de faisceaux radiculaires internes (masses fibreuses internes ou racines postérieures) dans la nomenclature de Kôlliker, traversent dans une certaine étendue l'aire des cordons postérieurs de la substance grise* ». Et M. Lerat d'en conclure : « Ceci étant admis, il y a tout lieu de croire que les hémorragies survenant dans les organes voisins du siège des douleurs tabétiques, ne sont autre chose que le fait d'acte reflexe ayant pour point de départ probable, la participation des *fibres sensitifs* fournis aux faisceaux radiculaires internes par les racines postérieures à l'irritation permanente des cordons postérieurs ».

M. le Professeur Rauzier dans une revue très documentée des hématémèses tabétiques incline également vers cette hypothèse « *de troubles vaso-moteurs congestifs, sans lésions nécessaires des vaisseaux ; ces troubles vaso-moteurs seraient consécutifs à la crise douloureuse qui précède toujours l'hématémèse* ».

Mais à côté de ces hypothèses « classiques », nous croyons utile d'en placer une autre, développée récemment par M. Barré dans sa thèse sur les « ar-

thropathies tabétiques. » Comme la même hypothèse de troubles vaso-moteurs a été admise pour expliquer les arthropathies tabétiques nous pensons que la nouvelle hypothèse de M. Barré peut être attribuée également aux hémorragies tabétiques.

Pour conserver à cette nouvelle théorie toute son importance et sa valeur, nous ne saurions mieux faire que de citer les passages de la thèse qui nous intéressent tout particulièrement.

Après avoir noté le fait que l'épanchement articulaire des arthropathies est « toujours hématique et jamais purement séro-fibrineux ou séreux, » et attiré l'attention sur « un fait qui n'a pas été noté encore : la présence d'hémorragies multiples dans le tissu spongieux des extrémités osseuses », M. Barré passe à l'examen des vaisseaux sanguins. « Dans la moelle osseuse les vaisseaux sont de faible calibre et rares ; parfois on note, de ci de là, des hémorragies importantes et des corpuscules de pigment hématique. »

Dans les vaisseaux articulaires et nourriciers « les lésions portent sur les artères et sur les veines, elles intéressent à un certain degré les vaisseaux principaux de la région (vaisseaux poplités par exemple au genou) mais plus souvent les branches de calibre moyen qui en partent et, en particulier les vaisseaux nourriciers des os. Les vaisseaux articulaires proprement dits sont intéressés d'une façon inégale ; quelques-uns peuvent rester perméables quand leurs voisins sont très lésés, d'autres enfin

sont très diminués de calibre »..... « Les lésions sont en effet assez souvent limitées à un court segment du vaisseau, ou au moins, beaucoup plus marquées en un point... L'artère peut avoir le même calibre au-dessus et au-dessous du point oblitéré ; c'est là un fait important à connaître car si l'on se contentait de prélever un fragment de vaisseau on risque de passer à côté de la lésion. Faisons encore remarquer que parfois quand une artère nourricière nous paraissait souple et perméable, nous avons trouvé qu'à son point de départ, sur la paroi du gros tronc dont elle émanait, il existait une oblitération plus ou moins complète de sa lumière. »

« Les principaux types d'altération que nous avons rencontrés sont pour les artères : *l'endartérite oblitérante* pour les artères de moyen calibre ; l'anévrisme localisé pour certaines artères d'un calibre plus élevé ; les lésions de *péri* et *endartérite* pour les artérioles. Pour les veines : *la phlébite* (endo et *périphlébite*) *oblitérante* » et M. Barré ajoute : « On ne s'étonnera pas de l'abondance des lésions vasculaires des membres chez ces malades syphilitiques, et nous sommes portés à penser, d'après ce que nous avons observé, que ces lésions vasculaires sont très nombreuses et qu'elles sont autant de lésions d'artérite que de lésions de phlébite qu'on néglige le plus souvent. »

Si les lésions des vaisseaux sont fréquentes et nombreuses, les lésions des nerfs sont, par contre, peu importantes et M. Barré cite la phrase suivante

de M. Bouglé dans sa thèse : « On est frappé de
« cette conservation relative d'un nerf qui va se
« distribuer à une articulation dont tous les tissus
« ont été, depuis de longues années, le siège d'une
« désorganisation et d'une mauvaise nutrition ex-
« cessive. » De même les examens multiples des
racines et de la moelle n'ont pas démontré la pré-
sence d'autres troubles en dehors de celles qu'on
observe ordinairement dans le tabès. Et se basant
sur ces faits, M. Barré expose la « théorie vasculai-
re », ainsi que suit :

« Les examens anatomiques que nous avons
faits, nous ont, dès maintenant, permis d'enregistrer
un fait très important dont il n'est pas illégitime de
tirer quelques déductions. Ce fait c'est l'existence de
troubles vasculaires importants intéressant l'artère
nourricière de l'os malade à son origine ou sur son
trajet et à des degrés divers, les vaisseaux articulai-
res et aussi les vaisseaux veineux profonds (qui sou-
vent sont totalement oblitérés). Ces lésions vascu-
laires portent fortement le cachet histologique de la
syphilis... L'œdème qu'on observe peut ressembler
tout à fait à celui de la phlébite, car le godet s'y im-
prime souvent avec difficulté... La rupture d'un
vaisseau intra-articulaire provoquée par une fracture
profonde ou par l'éclatement de vaisseaux sous l'in-
fluence d'hypertension passagère ou sous l'in-
fluence d'un traumatisme explique l'épanchement
sanguin fréquent. » Et de tout cela M. Barré con-
clut : « *Les lésions vasculaires* sont très importan-

tes et constantes. Les artères et les veines sont intéressées et frappées de lésions oblitérantes sur de petits segments. Les lésions portent nettement le cachet syphilitique... L'arthropathie tabétique appartient au chapitre de l'artérite et de la phlébite syphilitique des membres. »

Nous ferons remarquer que déjà, en 1892, M. le Professeur P. Marie, dans ses « Leçons sur les maladies de la moelle », parlant des troubles cardio-vasculaires qu'on observe chez les tabétiques dit : « Quant à moi, j'aurai une grande tendance à considérer le tabès et les affections cardio-vasculaires comme n'étant pas dans un rapport absolu de cause à effet ; je crois que l'explication de la fréquence des lésions cardio-vasculaires dans le tabès se trouvera bien plus aisément dans ce fait que les tabétiques sont, pour l'immense majorité des syphilitiques. Or, la syphilis est une des plus importantes parmi les causes des lésions cardio-vasculaires, surtout des lésions aortiques. Il n'est donc pas surprenant que chez les tabétiques elle produise simultanément des lésions du cœur et des vaisseaux et des lésions médullaires, de même qu'elle pourrait s'accompagner de manifestations sur la peau et sur les muqueuses. »

Sans avoir de preuves suffisantes pour pouvoir confirmer la « théorie vasculaire », nous avouons que nous aurions plutôt penché vers cette théorie pour l'explication de notre cas d'hématômes spontanés que nous publions. En effet, notre malade est une syphilitique, comme le démontre la réaction de

Wassermann et il est bien probable que ses vaisseaux ne sont pas indemnes de lésions syphilitiques. L'apparition de l'œdème ayant tous les caractères de celui de la phlébite, la présence d'un épanchement sanguin dû probablement à la rupture d'un vaisseau et l'arthropathie survenue depuis, tous ces faits nous tentent à admettre pour eux la même cause : lésions vasculaires d'origine syphilitique.

Mais on pourrait peut-être émettre une troisième hypothèse transactionnelle, éclectique. Tout le monde est d'accord aujourd'hui sur le fait qu'avant et pendant les crises fulgurantes tabétiques dans les membres, on constate une augmentation de la pression sanguine qu'on attribue à l'irritation des nerfs vaso-moteurs. Alors, tout en admettant la présence de troubles vaso-moteurs, ne pourrait-on pas dire que c'est parce que les vaisseaux eux-mêmes sont malades et ne peuvent plus résister à cette légère augmentation de pression que des hémorragies se produisent ? Et c'est peut-être pour cela que ces hémorragies apparaissent après les crises fulgurantes qui ont été calmées par la diminution de la pression produite par l'extravasation d'une certaine quantité de sang.

Diagnostic, Pronostic et Traitement

Nous avons peu de chose à dire sur ces trois chapitres. Le pronostic des hématômes, en eux-mêmes, n'est pas grave ; c'est une complication très rare et bénigne du tabès. Le diagnostic de l'œdème serait peut-être à faire avec « l'œdème hémorragique pré-arthropathique » dont parle M. Brissaud dans ses leçons, mais, dans le cas de Brissaud, il n'avait ni œdèmes répétés et consécutifs aux crises fulgurantes, ni apparition de tumeurs que nous taxons d'hématômes, comme dans notre cas. Le diagnostic de la tumeur est à faire avec toutes les tumeurs qu'on observe dans ces régions. L'absence d'inflammation, l'apparition brusque de ces tumeurs, la présence d'ecchymoses, tous les signes physiques de ces tumeurs, sur lesquelles nous avons déjà insisté, fluctuations, crépitations neigeuses, etc., la diminution progressive de ces tumeurs nous font écarter l'idée d'abcès chaud ou froid, de tumeur osseuse ou musculaire, bénigne ou maligne.

Le traitement consistait en applications de pansements humides.

Conclusions

1. L'apparition d'hématômes spontanés consécutifs aux crises de douleurs fulgurantes est une complication très rare et bénigne du tabès.

2. La pathogénie de cette complication, comme de tous les troubles vasculaires tabétiques, n'est pas encore connue. Pourtant il existe, à ce sujet, plusieurs hypothèses :

a) L'hypothèse classique attribuant à ces troubles une origine vaso-motrice ;

b) La « théorie vasculaire » de M. Barré, expliquant ces hémorragies par une vascularite syphilitique ;

c) Notre hypothèse « éclectique » reconnaissant la présence et des lésions vasculaires syphilitiques et des troubles vaso-moteurs d'origine médullaire.

3. Cette complication ne comporte en elle-même aucune gravité et n'aggrave pas non plus la maladie causale — le tabès.

Vu : Le Doyen,

L. LANDOUZY.

Vu : Le Président de Thèse,

GILBERT.

Vu : et permis d'imprimer,

LIARD.

Bibliographie

- BARRE. — Arthropathie tabétique. Etude critique, Th. de Paris, 1911.
- BRISSAUD. — Maladies nerveuses (Leçons), 1895.
- BUZZARD. — Clinical lectures on diseases of the nervous system. London, 1882.
- CADE et LERICHE. — Etude clinique, pathogénique et thérapeutique des crises gastriques du tabès, *Journal Médic. Français*, 1912.
- COOPMAN. — Larmes sanglantes au cours du tabès, clinique ophtalmologique, Paris, 1905.
- CORNIL. — Des hématomés en général. *Archives des Sciences méd. de Bucarest*. Paris, 1896.
- DEVIC et ROQUE. — Un cas d'hémorragie anale chez un tabétique, *Province méd.*, 1893.
- DÉMANGE. — Chute spontanée des dents et crises gastriques et laryngées chez les ataxiques, *Revue de Médecine*, 1882.
- DUVERGER. — Des ruptures musculaires spontanées dans le tabès, *Gazette hebdom. des sciences méd.*, Bordeaux, 1906.
- DUPREY. — Contribution à l'étude des prurits tabétiques, Th. de Bordeaux, 1911.
- DUBUC. — Des douleurs fulgurantes dans le tabès, Thèse de Bordeaux, 1892.
- DURANDARD. — Artérite syphilitique des membres, Th. de Paris, 1902.
- DIEULAFOY. — Manuel de pathologie interne.
- DECHAMBRE. — Dictionnaire.
- DUMONT. — Lésions cardio-vasculaires au cours du tabès, Th. de Nancy, 1908.
- DUPONT. — Les hématomés sous-cutanées dans les leucorrées, *Tribune Méd.*, 1908.
- EMILY. — Contribution à l'étude clinique des altérations de la peau chez les vieillards, Th. de Bordeaux, 1892.
- FAISANS. — Des hémorragies cutanées liées à des affections du système nerveux et en particulier du purpura myelopathique, Th. de Paris, 1882.
- HEITZ. — Des crises vasculaires chez les tabétiques, ou pression artérielle et douleurs chez les tabétiques, *Tribune Médicale*, 1908.
- *Archives des maladies du cœur*, 1908.

- HEITZ et MERKLEN. — Crises gastriques du tabès, compliquées d'œdème hémorragique de la face. Chute consecutive des dents et nécrose du maxillaire inférieur. *Bul. Soc. Méd. Nap.*, Paris, 1902.
- KELLER. — Contribution à l'étude des ecchymoses sous cutanées d'origine nerveuse, *Revue de Médecine*, 1884.
- LEHMANN. — Les hémathémèses et les crises gastriques du tabès, Th. de Paris, 1911.
- LELOIR. — Th. de Paris 1882.
- LERAT. — Contribution à l'étude des hémoptysies et des hémorragies anales du tabès, Th. de Paris, 1891.
- LUSSAULT. — Rupture spontanée des tendons et des muscles dans le tabès, Th. de Lyon, 1907.
- MARIE P.). — Leçons sur les maladies de la moelle, 1892.
- PITRES. — Gangrène spontanée des orteils chez un tabétique, *Revue Neurologique*, 1893.
- PORTALIER. — Des troubles trophiques de la période préataxique du tabès, Th. de Paris, 1884.
- PUTNAM. — Troubles des nerfs vaso-moteurs dans le tabès, Th. de Paris, 1882.
- ROQUES. — (Voy. Devic).
- RAUZIER et ROGER. — Crises gastriques subintrantes avec hémathémèses, *Montpellier Médic.*, 1911.
- RAUZIER. — L'hémathémèse des tabétiques, *Province Médic.*, 1912.
- SAINTON et FERRAUD. — Varicosités généralisées et symétriques chez une tabétique, Congrès français de médecine interne, Paris, 1907.
- SAINTON. — Hématémèses des tabétiques, *Gaz. des Hôpit.*, 1903.
- SIMON. — De l'action nerveuse dans les hémorragies spontanées, Th. de Paris, 1874.
- SEZARY. — Artérite syphilitique, *Province Médicale*, 1910.
- SPILLMAN. — Rôle de la syphilis dans le tabès, *Journ. Méd. Fr.*, 1909.
- Rôle de la syphilis dans le tabès, *Province Médicale*, 1909.
- STRAUS. — Ecchymoses tabétiques, *Archives de Neurologie*, 1881.
- TCHIRKOFF. — Œdème vaso-moteur sans albumine, *Revue de Médecine*, 1895.
- VULPIAN. — Leçons sur l'ataxie, T. II, p. 271 et suivantes.
- WEYNCOFF (M^{me}). — Crises gastriques au début du tabès et crises gastriques en dehors du tabès, Th. de Paris, 1905.

